

6) ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ອາໄສຢູ່ນຳຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ຂົ່ມເຫັງເຂົາເຈົ້າດ້ານຈິດໃຈ ຫລື ຮ່າງກາຍບໍ່?
ບໍ່ມີ _____ ມີ _____ ຖ້າມີ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.

7) ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່?
ບໍ່ມີ _____ ມີ _____ ຖ້າມີ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.

8) ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໜ້າ 1 ມີສະພາບການພະຍາບານສຸກເສີນບໍ່?
ບໍ່ມີ _____ ມີ _____ ຖ້າມີ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.



**ສິ່ງຫລັກຖານ -- ສິ່ງໂກປີຂອງເຈ້ຽ ຫລື ເອກສານຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີຢູ່ເອົ້າມາ. ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານຖ້າຫາກວ່າມີສິດໄດ້
ຮັບການຄຸ້ມຄັນພະຍາບານ DSHS ຮາຍລະອຽດທີ່ທ່ານສົ່ງມາໃຫ້ພວກເຮົາຈະ ບໍ່ ຖືກແລກປ່ຽນນຳພູມຄວາມ INS. ກະ
ຮຸນາສິ່ງຄຳຖາມເຫລົ່ານີ້ ແລະ ເຈ້ຽຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີຢູ່ໃນຊ່ອງເປົ້າທີ່ຖືກຈ່າຍຄ່າສະເພາະແລ້ວໂດຍໄວເທົ່າທີ່ຈະໃວໄດ້ ຫລື
ກ່ອນເດືອນ ເຊັ່ນເທັມເປີ 10, 2002. ຂອບໃຈ**

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



ໝາຍເຫດສຳຄັນ: ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະມີເອກສານກໍຕາມ, ພວກເຮົາຕ້ອງການກວດເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່. ທ່ານ
ຄວນຈະຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health. ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບພະຍາບານ
DSHS ຕໍ່ໄປ, ທ່ານສາມາດຢຸດຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health.

ທ່ານໄດ້ຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health ແລ້ວບໍ່? ຖ້າຫາກວ່າ
ທ່ານບໍ່ທັນໄດ້ຂໍເອົາເທື່ອ ແລະ ພວກເຮົາໄດ້ພົບວ່າສະມາຊິກ
ຄອບຄົວຂອງທ່ານບາງຄົນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄັນພະຍາບານ
DSHS, ທ່ານຢາກຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health ບໍ່?

ແມ່ນ

ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ, ກະຮຸນາໂທ
ຮະໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງ
ທ່ານ (CSO), ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈັກເລກ, ໂທ
ຮະສັບໄປທີ່ 1-800-562-3022.

ການປິ່ນ
ປົວສຸຂະພາບ
ຂອງຄອບຄົວ
ທ່ານອາດຈະ
ປ່ຽນແປງ!

ສຳຄັນ!

ກະຮຸນາຂຽນປະກອບ
ແລະ ສົ່ງຄືນມາກ່ອນເດືອນ
ເຊັ່ນເທັມເປີ 10, 2002

ກົມ DSHS ໄດ້ສົ່ງໜັງສືໄປໃຫ້ທ່ານໃນຕົ້ນເດືອນ ຈຸນ ບອກວ່າທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານອາດຈະສູນເສຍການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ DSHS (ບັດລູປອນ) ໃນເດືອນ ເຊັ່ນເທັມເບີ 10, 2002. ພວກເຮົາຕ້ອງການຢາກຮູ້ຈັກວ່າທ່ານສາມາດດຳເນີນບັດລູປອນ DSHS ຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ ຫລື ບໍ່?

ຮາຍລະອຽດທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບສຳລັບທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານເຮັດໃຫ້ພວກເຮົາຄິດວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການພະຍາບານແນວອື່ນຈັກຢ່າງ. ເພື່ອຈະກວດເບິ່ງ ແລະ ຮູ້ຈັກວ່າອັນນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ຫລື ບໍ່, ພວກເຮົາຕ້ອງການຮາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ. ກະຮຸນາຕອບຄຳຖາມ (ຢູ່ໜ້າ 2 ແລະ 3) ສຳລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ກະຮຸນາໂທຮະສັບໄປຫາ ຫລື ເອົາໃບຟອມໄປຫາຫ້ອງການ CSO ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ (ຫ້ອງການ CSO ບາງເທື່ອຖືກເອີ້ນວ່າຫ້ອງການແວວແຟຣ໌ ຫລື ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຄົນ).

ຄຳຖາມ

ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ສຳລັບຄຳຖາມອັນໃດທີ່ແມ່ນຄວາມຈິງສຳລັບເຂົາເຈົ້າ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະລວມເອົາຮາຍລະອຽດເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ເອົາໃຫ້ຫ້ອງການ CSO (ຫ້ອງການແວວແຟຣ໌) ຂອງທ່ານແລ້ວກໍ່ຕາມ. ສິ່ງໂກບປີຂອງເຈົ້າ ຫລື ເອກສານທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານມີຢູ່.

- 1) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ໃນດຽວນີ້ມີເຈົ້າ ຫລື ເອກສານຂອງກົມກວດຄົນເຂົ້າເມືອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ. ກະຮຸນາຂຽນວັນທີທີ່ສະພາບຄົນຕ່າງດ້າວອັນນີ້ໄດ້ຮັບເທື່ອທຳອິດ.
- 2) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ເກີດຢູ່ໃນສະຫາຣັດອະເມຣິກາ ຫລື ແຜ່ນດິນຂອງສະຫະຣັດອະເມຣິກາ (U.S. Virgin Islands, Puerto Rico, Guam, American Samoa, Swain's Island, ແລະ the Northern Mariana Islands)? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.
- 3) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ມີພໍ່ແມ່ຄົນນຶ່ງ ຫລື ພໍ່ແມ່ທັງສອງຄົນທີ່ກາຍເປັນສັນຊາດອະເມຣິກັນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.
- 4) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ອາໄສຢູ່ສະຫາຣັດອະເມຣິກາຕັ້ງແຕ່ກ່ອນເດືອນ ອໍກັສ 22, 1996 ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ. (ມັນບໍ່ສຳຄັນຫຍັງຖ້າຫາກວ່າເຂົາເຈົ້າເຂົ້າມາໂດຍມີ ຫລື ບໍ່ມີເອກສານ ຫລື ໜັງສືຜ່ານແດນ ຫລື ບໍ່.)
- 5) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 (ຫລື ຜົວເມັງ ຫລື ພໍ່ແມ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ) ໄດ້ຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບສະຫາຣັດອະເມຣິກາບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.

6) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໜ້າ 1 (ຫລື ຜົວເມັດ ຫລື ພໍ່ແມ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ) ໄດ້ຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບສະຫາຣັດອະເມຣິກາບໍ່?
ບໍ່ມີ _____ ມີ _____ ຖ້າມີ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.

7) ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່?
ບໍ່ມີ _____ ມີ _____ ຖ້າມີ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.

8) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໜ້າ 1 ມີສະພາບການພະຍາບານສຸກເສີນບໍ່?
ບໍ່ມີ _____ ມີ _____ ຖ້າມີ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.



ສິ່ງຫລັກຖານ -- ສິ່ງໂກປີຂອງເຈ້ຍ ຫລື ເອກສານຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີຢູ່ເອົ້າມາ. ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານຖ້າຫາກວ່າມີສິດໄດ້
ຮັບການຄຸ້ມກັນບັດພະຍາບານ DSHS ຮາຍລະອຽດທີ່ທ່ານສົ່ງມາໃຫ້ພວກເຮົາຈະ ບໍ່ ຖືກແລກປ່ຽນນຳພາແຜນກ INS. ກະ
ຮຸນາສິ່ງຄຳຖາມເຫລົ່ານີ້ ແລະ ເຈ້ຍຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີຢູ່ໃນຊ່ອງເປົ້າທີ່ຖືກຈ່າຍຄ່າສະເຕມແລ້ວໂດຍໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້ ຫລື
ກ່ອນເດືອນ ເຊັ່ນເທັມເປີ 10, 2002. ຂອບໃຈ

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



ໝາຍເຫດສຳຄັນ: ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະມີເອກສານກໍຕາມ, ພວກເຮົາຕ້ອງການກວດເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ ຫລື ບໍ່. ທ່ານ
ຄວນຈະຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health. ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບບັດພະຍາບານ
DSHS ຕໍ່ໄປ, ທ່ານສາມາດຢຸດຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health.

ທ່ານໄດ້ຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health ແລ້ວບໍ່? ຖ້າຫາກວ່າ
ທ່ານບໍ່ທັນໄດ້ຂໍເອົາເທື່ອ ແລະ ພວກເຮົາໄດ້ພົບວ່າສະມາຊິກ
ຄອບຄົວຂອງທ່ານບາງຄົນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ
DSHS, ທ່ານຢາກຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health ບໍ່?

ແມ່ນ

ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ, ກະຮຸນາໂທ
ຮະໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງ
ທ່ານ (CSO), ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈັກເລກ, ໂທ
ຮະສື່ໄປທີ່ 1-800-562-3022.

ການປິ່ນ ປົວສຸຂະພາບ ຂອງຄອບຄົວ ທ່ານອາດຈະ ປ່ຽນແປງ!

ສຳຄັນ!

ກະຮຸນາຂຽນປະກອບ
ແລະ ສົ່ງຄືນມາກ່ອນເດືອນ
ເຊັ່ນເທັມເປີ 10, 2002

ກົມ DSHS ໄດ້ສົ່ງໜັງສືໃບໃຫ້ທ່ານໃນຕົ້ນເດືອນ ຈຸນ ບອກວ່າທ່ານ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານອາດຈະສູນເສັຽການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ DSHS (ບັດລູປອນ) ໃນເດືອນ ເຊັ່ນເທັມເບີ 10, 2002. ພວກເຮົາຕ້ອງການຢາກຮູ້ຈັກວ່າທ່ານສາມາດດຳເນີນບັດລູປອນ DSHS ຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ ຫລື ບໍ່?

ຮາຍລະອຽດທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບສຳລັບທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານເຮັດໃຫ້ພວກເຮົາຄິດວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການພະຍາບານແນວອື່ນຈັກຢ່າງ. ເພື່ອຈະກວດເບິ່ງ ແລະ ຮູ້ຈັກວ່າອັນນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ຫລື ບໍ່, ພວກເຮົາຕ້ອງການຮາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ. ກະຮຸນາຕອບຄຳຖາມ (ຢູ່ໜ້າ 2 ແລະ 3) ສຳລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ, ກະຮຸນາໂທຮະສັບໄປຫາ ຫລື ເອົາໃບຟອມໄປຫາຫ້ອງການ CSO ຫ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ (ຫ້ອງການ CSO ບາງເທື່ອຖືກເອີ້ນວ່າຫ້ອງການແວວແຟຣ໌ ຫລື ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຄົນ).

ຄຳຖາມ

ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ສຳລັບຄຳຖາມອັນໃດທີ່ແມ່ນຄວາມຈິງສຳລັບເຂົາເຈົ້າ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະລວມເອົາຮາຍລະອຽດເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ເອົາໃຫ້ຫ້ອງການ CSO (ຫ້ອງການແວວແຟຣ໌) ຂອງທ່ານແລ້ວກໍ່ຕາມ. ສິ່ງໂກບປີຂອງເຈົ້າ ຫລື ເອກສານທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານມີຢູ່.

- 1) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ໃນດຽວນີ້ມີເຈົ້າ ຫລື ເອກສານຂອງກົມກວດຄົນເຂົ້າເມືອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ. ກະຮຸນາຂຽນວັນທີທີ່ສະພາບຄົນຕ່າງດ້າວອັນນີ້ໄດ້ຮັບເທື່ອທຳອິດ.
 - 2) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນສະຫາຣັດອະເມຣິກາຕັ້ງແຕ່ກ່ອນເດືອນ ອໍກັສ 22, 1996 ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ. (ມັນບໍ່ສຳຄັນຫຍັງຖ້າຫາກວ່າເຂົາເຈົ້າເຂົ້າມາໂດຍມີ ຫລື ບໍ່ມີເອກສານ ຫລື ໜັງສືຜ່ານແດນ ຫລື ບໍ່.)
 - 3) ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ເປັນຄົນສັນຊາດອະເມຣິກັນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.
 - 4) ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ບໍ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ເປັນຄົນສັນຊາດອະເມຣິກັນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.
 - 5) ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໜ້າ 1 ໄດ້ອາໄສຢູ່ນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂົ່ມເຫັງເຂົາເຈົ້າທາງຈິດໃຈ ຫລື ຮ່າງກາຍບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____ ຖ້າແມ່ນ, ຂຽນຊື່ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ.
- ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຂໍເອົາເອກສານຂອງກົມຄວດຄົນເຂົ້າເມືອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ _____ ແມ່ນ _____

ສະພາບ INS ແລະ ການຄຸ້ມກັນພະຍາບານທີ່ມີຢູ່

ທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການບອກວ່າການຄຸ້ມກັນພະຍາບານຂອງທ່ານຈະຈົບລົງ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢູ່ໃນກຸ່ມ #1 ຫລື 2 ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ (CSO ຫລື ຫ້ອງການແວວແຟຣ໌) ເພື່ອຈະເອົາໃບອັດສຳເນົາຂອງເອກສານຂອງທ່ານໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເພື່ອຈະຮັກສາການຄຸ້ມກັນພະຍາບານຂອງທ່ານໃວ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນກຸ່ມ 1 ຫລື 2 ໃຫ້ ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຂຽນຊື່ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health.

ກຸ່ມ 1

ຖ້າຫາກວ່າສະພາບ INS ຂອງທ່ານແມ່ນອັນນຶ່ງຂອງຕໍ່ລົງໄປນີ້, ທ່ານສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ DSHS ຂອງທ່ານໃວ້ໄດ້ (ບໍ່ກ່ຽວກັບເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າມາໃນສະຫາຣັດອະເມຣິກາ)



- ຄົນສັນຊາດອະເມຣິກັນ (ລວມທັງລູກຜູ້ອາໄສຢູ່ຖ້າວອນທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງຄົນສັນຊາດອະເມຣິກັນ) ແລະ ຄົນຂຶ້ນກັບຊາດອະເມຣິກັນ (ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເກີດຢູ່ໃນ American Samoa, Swain's Island, ແລະ ພິລເມືອງຂອງ Northern Mariana Islands)
- ຄົນລີ້ພັຍ
- ຄົນອິພິບ
- ຄົນຜູ້ທີ່ຖືກອະນຸມັດການໂຈະການເນຣະເທດ ຫລື ການໂຈະການສົງໄສ
- ຜູ້ອາໄສຢູ່ຖ້າວອນທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຜູ້ທີ່ເຂົ້າມາໃນນາມຄົນຊອດອະເມຣິກັນເອເຊັຽ
- ຄົນເຂົ້າມາຈາກຄົວບາ ຫລື ເຮຕີ
- ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນເກີດຢູ່ໃນການາດາທີ່ບໍ່ແມ່ນສັນຊາດອະເມຣິກັນ

ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນລີ້ພັຍ, ຄົນອິພິບ, ຫລື ຄົນເຂົ້າມາຈາກຄົວບາ ຫລື ເຮຕີ, ທ່ານສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນພະຍາບານຂອງທ່ານໃວ້ໄດ້ເຖິງແມ່ນວ່າຈະກາຍເປັນຄົນອາໄສຢູ່ຖ້າວອນທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍກໍຕາມ.

ກຸ່ມ 2 ແລະ 3 ຢູ່ດ້ານຫລັງ

ສະພາບ INS ແລະ ການຄຸ້ມກັນພະຍາບານທີ່ມີຢູ່ (ຕໍ່)

ກຸ່ມ 2

ທ່ານສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນພະຍາບານຂອງທ່ານໃວ້ໄດ້ຖ້າຫາກວ່າສະພາບຂອງທ່ານແມ່ນອັນນຶ່ງຂອງຕໍ່ລົງໄປນີ້ ແລະ ທ່ານມາຮອດສະຫາຣັດອະເມຣິກາກ່ອນເດືອນອໍກິສ 22, 1996. (ມັນບໍ່ສຳຄັນວ່າທ່ານເຂົ້າມາໂດຍມີ ຫລື ບໍ່ມີເອກສານ ຫລື ໜັງສືຜ່ານແດນກໍຕາມ.)

- ຜູ້ອາໄສຢູ່ຖ້າວອນທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ
- ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກອະນຸມັດໂດຍມີເງື່ອນໄຂຢ່າງໜ້ອຍນຶ່ງປີ (ຜູ້ຖືກປ່ອຍຕົວຍ້ອນຜົນປະໂຫຍດຂອງສາທາຣະນາຊົນ)
- ບຸກຄົນ (ແລະ ລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ) ຜູ້ທີ່ໄດ້ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງກົມກວດຄົນເຂົ້າເມືອງບາງຢ່າງ ແລະ ເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງການຮຸນແຮງຢູ່ໃນຄອບຄົວຜູ້ເຂົ້າມາໂດຍມີເງື່ອນໄຂ (ຂະແນງຂອງຄົນອິພິບກ່ອນ 1980 ຊຶ່ງທຸກໆເຂົ້າມາກ່ອນ 08/22/1996)



ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງກຸ່ມນຶ່ງຂອງກຸ່ມເຫລົ່ານີ້ ແລະ ຍັງເປັນສະມາຊິກ ນັກຮົບເກົ່າຂອງກອງທັບສະຫາຣັດອະເມຣິກາ (ລວມທັງຜົວເມັຽ ແລະ ລູກຫວັງເພິ່ງຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ) ທ່ານສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນພະຍາບານຂອງທ່ານໃວ້ໄດ້, ບໍ່ກ່ຽວກັບເມື່ອໃດທ່ານເຂົ້າມາ.

ແລະ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມາຮອດສະຫາຣັດອະເມຣິກັນໃນວັນທີ ຫລື ຫລັງຈາກເດືອນ ອໍກິສ 22, 1996, ທ່ານສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນພະຍາບານຂອງທ່ານໃວ້ໄດ້ຖ້າຫາກວ່າມັນໄດ້ຮອດຫ້າປີແລ້ວຕັ້ງແຕ່ທ່ານໄດ້ຮັບສະພາບອັນນີ້.

ກຸ່ມ 3

ກຸ່ມ 3. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີສະພາບທີ່ຖືກບິ່ງຢູ່ໃນກຸ່ມ 1 ຫລື 2 -- ຕົວຢ່າງວ່າ, ທ່ານເປັນຄົນບໍ່ມີເອກສານ-ທ່ານຈະບໍ່ມີການຄຸ້ມກັນພະຍາບານ DSHS ຫລັງຈາກເດືອນ ເຊັບເທັມເບີ 30. ຂໍເອົາໂຄງການ Basic Health ແຕ່ວ່າໃຫ້ບອກຫ້ອງການແວວແຟຣັອກຖ້າຫາກວ່າທ່ານແມ່ນນຶ່ງຂອງຕໍ່ລົງໄປນີ້:



- ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ
- ມີສະພາບການພະຍາບານສຸກເສີມ
- ເຈັບເປັນເຮັດວຽກບໍ່ໄດ້